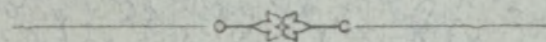
O NERWICACH SKÓRNYCH.



WYKŁAD HABILITACYJNY

DRA WŁADYSŁAWA REISSA

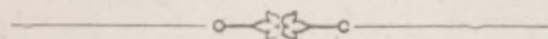
miany 21. Maja 1896.



W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1896.



O NERWICACH SKÓRNYCH.



WYKŁAD HABILITACYJNY

DRA WŁADYSŁAWA REISSA

miany 21. Maja 1896.



W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1896.



Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1896. Nr. 26, 27, 28.

PANOWIE!

Powołany przez Świetny Wydział lekarski do wykładu z dziedziny dermatologii, postanowiłem poświęcić słów kilka rozpatrzeniu dosyć rozległej, a niestety po dziś dzień jeszcze niedostatecznie tylko uwzględnianej grupy chorób skórnych, których ścisły związek przyczynowy ze zmianami neuropatologicznemi, nie ulega już obecnie najmniejszej wątpliwości.

Hebra, który, jak wiadomo, pierwszy przeprowadził należyty podział chorób skórnych ze stanowiska anatomii patologicznej, utrzymujący się w naszej szkole aż do chwili obecnej, nazwał jedenastą grupę swojej klasyfikacyi *Neuroses cutaneae*, zaznaczając wyraźnie już w pierwszem wydaniu swego klasycznego dzieła, że grupa ta obejmuje wszystkie choroby skórne, których przyczyny szukać musimy przedewszystkiem w układzie nerwowym, pomimo braku wszelkich zmian anatomo-patologicznych, dotychczasowymi sposobami badania wykazać się dających.

Aż do lat ostatnich zajmowano się nader mało powyższą grupą chorób, co więcej, dążono nawet w swoim czasie do tego, aby choroby objęte mianem nerwic skórnych porozmieszczać w innych grupach chorób, wedle ich symptomatologii, i usunąć w ten sposób zupełnie ową jedynastą grupę klasyfikacyi Hebry, jako pozbawioną zupełnie podłoża anatomo-patologicznego. Dopiero w ostatnich latach spotykamy się z pracami w powyższym kierunku, które dzięki tak znacznym postępom, jakie poczyniła fizyologia systemu ner-

wowego w ostatnich dziesiątkach lat, popchnęły i naukę o nerwicach skórnych na nowe tory, zapewniając tej grupie chorób stałe już miejsce w dermato-patologii, i tworząc w ten sposób łącznik pomiędzy dermatologią i patologią układu nerwowego.

Wielu autorów, jak Bärensprung, Charcot, Vulpian, Weir-Mitchel i Jarisch, a za nimi cały szereg dermatologów niemieckich i francuskich, przyczyniło się pracami samoistnemi do wyjaśnienia wielu kwestyj z dziedziny nerwic skórnych: im to zawdzięczamy nader mnogą ilość spostrzeżeń, które wzbogaciły w wielorakim kierunku nasze wiadomości o zachowaniu się nerwów obwodowych skóry, o gałązkach nerwowych, zaopatrujących naczynia przebiegające w skórze, a wreszcie o tak zwanych włóknach odżywczych, które w patologii skóry właściwej niepoślednią odgrywają rolę. Licznym pracom z dziedziny patologii ogólnej zawdzięczamy zapoznanie się dokładniejsze z nieprawidłowościami w czynnościach gruczołów skórnych, ze zboczeniami stosunków rozwojowych, wreszcie ze zmianami dotyczącemi inerwacyi w kierunku tak czuciowym jak i ruchowym. Nie miejsza też rola przypadła w udziale klinicystom, którzy dokładną obserwacyą w licznych przypadkach obrażeń, zmiażdżeń lub całkowitego przecięcia tak ośrodkowych, jako też i obwodowych dróg nerwowych, z następowemi zmianami w zakresie naczyń, lub zboczeniami w odżywieniu odpowiednich obszarów skóry, przyczynili się w znacznym stopniu swoją kazuistyką do wyjaśnienia wielu faktów zawiłych i bardzo ogólnikowo dotychczas tłumaczonych.

Zmiany chorobowe skóry, przebiegające z zanikiem lub przerostem włókien mięsnych, dalej zmiany w czynności gruczołów łojowych lub potnych skóry, zboczenia w zakresie krążenia obwodowego, zmysłu dotyku, odruchów skórnych, percepcyi w kierunku ciśnienia, ciepłoty i lokalizacyi, wreszcie zmiany odżywcze skóry we wszystkich jej warstwach, wszystko to są objawy, które łączymy w ścisły zwią-

zek przyczynowy ze zmianami w układzie nerwowym, tak ośrodkowym jak i współczulnym.

Że układ nerwowy ośrodkowy pośredniczy wielu zmianom chorobowym skóry, nie ulega najmiejszej wątpliwości; najważniejsze jednak zmiany, które nas jako dermatologów przeważnie i niemal wyłącznie obchodzą, bo stanowią integralną cechę wszystkich nerwic skórnych prawie bez wyjątku, są zboczenia naczynio-ruchowe i odżywcze skóry, zależne w wysokim stopniu od układu nerwu współczólnego, przez który przechodzą liczne włókna naczynio-ruchowe i odżywcze w całym jego przebiegu. Zadaniem naszem będzie zatem rozpatrywanie zmian chorobowych skóry, powstałych przedewszystkiem pod wpływem nerwów należących do układu współczulnego, z równoczesnem uwzględnieniem ich stosunku do układu ośrodkowego, jako też i zmian wywołanych przez narząd ośrodkowy w kierunku czucia i ruchu.

Jedynasta grupa podziału Hebry obejmuje, jak powiedziałem, choroby skórne nazwane *Neuroses cutaneae.* Wliczone zostały do niej oprócz nerwic ruchowych, także czuciowe, *Hyperaesthesiae* i *Anaesthesiae*, ze szczególnem uwzględnieniem świądu (*Pruritus*) we wszystkich jego odmianach. Kaposi dołącza do powyższej grupy także wszystkie *Tropho-* i *angioneuroses*, rozszerzył zatem jej zakres, z tem jednak zastrzeżeniem, że odmiany chorobowe jak półpasiec (*Herpes, Zoster*) i rumień wielopostaciowy (*Erythema multiforme*) należy zdaniem jego zaliczyć jeszcze do grupy spraw zapalnych wysiękowych. Neumann zalicza wprawdzie nerwice naczyniowe (*Angioneuroses*) w ścisłem słowa znaczeniu do nerwic, umieszcza jednak w części szczegółowej swego dzieła pęcherzycę (*Pemphigus*) i pokrzywkę pomiędzy sprawy zapalne *par excellence.* Behrend wyłącza znowu zupełnie z grupy tej nerwice ruchowe, przedstawiając n. p. gęsią skórę (*cutis auserina*) jako stan przejściowy fizyologiczny, polegający na tonicznym skurczu *MM. arectores pilorum*, nie mający zatem z nerwicami skórnymi nic wspólnego. Krok naprzód w należytej klasyfikacyi nerwic skórnych zrobił der-

matolog amerykański Bulkley (1879), a za nim Auspitz. Autor ten zalicza wszystkie choroby skóry, w których przebiegu przychodzi do zaburzeń w krążeniu obwodowem z przyczyny naczynioruchowej, bez względu na występowanie zmian w ścianach naczyniowych, do grupy *angioneuroses*. Do osobnego działu zalicza on zmiany w kierunku czuciowym i odżywczym, a wreszcie ostatnią klasą obejmuje on wszystkie tak zwane nerwice czynnościowe skóry, przebiegające bez wszelkich zaburzeń w odżywieniu tkanki, nazywając je *Idioneuroses cutaneae*. Auspitz zatem pierwszy nadał, jak widzimy, należyty kierunek klasyfikacyi chorób skórnych pochodzenia nerwowego. Dosyć żmudnej i niefortunnej klasyfikacyi nerwic skórnych podjął się Lewin; usiłował on utworzyć podział na zasadzie stósunków anatomicznych, t. j. przebiegu włókien nerwowych. Z podziału tego posiadamy szemat, mający dzisiaj tylko wartość problematyczną.

W ostatnich czasach zajmował się nerwicami skórnemi Schwimmer, profesor dermatologii w Peszcie, na którego poglądy w tej sprawie zgadzają się prawie wszyscy współcześni dermatologowie szkoły niemieckiej i francuskiej. Autor ten przyjął prawie w zupełności podział pierwotny Auspitza, przynajmniej w głównych zarysach; pewne tylko modyfikacye, a dotyczą one głównie grupy trofoneurotycznej, — zostały przyjęte od dermatologów francuskich.

Trzymając się klasyfikacyi Schwimmera, dzielimy nerwice skórne na trzy wielkie rodziny, a mianowicie:

I. Nerwice naczynioruchowe *(Angioneuroses)*.

II. Nerwice odżywcze *(Trophoneuroses)*.

III. Nerwice bez zmian anatomicznych *(Idioneuroses)*.

Rozpoczynając od grupy nerwic naczyniowych, uwzględnić musimy, że pierwsze dokładne spostrzeżenia w tym kierunku pochodzą od Eulenburga, który pierwotnie podzielił nerwice naczyniowe na tak zw. czyste i mięszane, według tego czy zboczenia w zakresie naczyń były przemijające, lub też czy powodowały króciej lub dłużej trwające zmiany

w odżywieniu tkanki. Do nerwic naczynio-ruchowych w ogólności zaliczamy następujące postacie kliniczne:

1) rumień nawałowy (*Erythema congestivum*), 2) pokrzywkę (*Urticaria*), 3) rumień wypocinowy (*Erythema multiforme angioneuroticum*).

Reprezentantem powyższych postaci klinicznych jest rumień nawałowy w swojej formie pierwotnej t. j. plamy nawałowej (*macula congestiva*), a powstanie jej przypisujemy zmianom, którym towarzyszy podrażnienie, albo porażenie zdziergaczy naczyń. W przebiegu niektórych zaburzeń układu nerwowego występuje taka różyczka nawałowa (*Roseola congestiva*), jako wyraz zmian w unerwieniu rozlicznych, a zupełnie od siebie niezależnych obszarów naczyniowych obwodowych. Plamy te są w przeciwieństwie do plam podobnych, powstających na tle odżywczonerwowem, przemijające i nie pozostawiają po sobie żadnego śladu. Zagadkową wydaje się jednak okoliczność, dlaczego w sprawie chorobowej ogólnej przychodzi do odczynu pewnych tylko włókien nerwowych w postaci plamek tu i ówdzie na powłokach zewnętrznych porozrzucanych.

Do szeregu takich osutek należą również opisane przez Trousseaua *Tâches meningitiques*, które występują w przebiegu niektórych chorób mózgowych, jako nieregularnie rozsiane, niezbyt żywo czerwone plamy, występujące wybitniej przy mechanicznem drażnieniu odpowiednich obszarów skóry. W każdej nerwicy naczyniowej odgrywa wielką rolę zdaniem Schwimmera pewna nadmierna czułość ścian naczyniowych, jako czynnik usposabiający do powstawania przejściowych zaburzeń w krążeniu obwodowem. Zaburzenia te występują w dwojakiej postaci, bądź jako skurcz, bądź też porażenie ścian naczyniowych. Obie te formy mogą znów występować częściowo, albo ogólnie, stósownie do tego, czy przyczyna jest ośrodkowa lub obwodowa.

Skurcz naczyń obwodowych (*Angiospasmus cutaneus*) występuje jako stan przemijający lub dłużej trwający w zakresie naczyń skórnych, na małych lub większych przestrze-

niach. W niektórych chorobach gorączkowych, n. p. w przebiegu zimnicy, występuje często ogólny skurcz naczyń skórnych, trwający nieraz przez czas dłuższy; zwykle występuje jednak taki skurcz naczyń skórnych tylko na ograniczonych obszarach skóry, i to w miejscach najczęściej symetrycznych, np. jako okres zwiastunowy choroby znanej pod nazwą zgorzeli symetrycznej (*Maladie du Raynaud*).

Rozmaite bodźce zewnętrzne mogą stan taki wywołać, łatwiej lub trudniej, stósownie do pobudliwości osobniczej. Nothnagel opisał właściwą formę skurczu tętnic, występującą u ludzi mających wiele do czynienia z zimną wodą, n. p. u zatrudnionych rąbaniem lodu, u których występuje często nagły skurcz naczyń skórnych, szczególnie w zakresie kończyn, połączony z równoczesnem obniżeniem ciepłoty, białością skóry, rwą i przytępieniem zmysłu dotyku. Eulenburg opisywał podobny stan, ograniczający się tylko do pewnych pni nerwowych, jak n. p. n. pośrodkowego, a Mauthner obserwował skórny skurcz tętniczy u osoby cierpiącej na błednicę, występujący napadowo w pewnych odstępach czasu, w zakresie całej skóry, t. zw. *Arteriospasmus cutaneus universalis.*

Druga forma nerwicy naczyniowej, porażenie naczyń skórnych (*Angioparalysis cutanea*), występuje albo jako skutek poprzedzającego skurczu naczyniowego, zarazem jako odczyn następowy, albo też pierwotnie, mianowicie w przebiegu chorób układu nerwowego, w postaci plam lub pasemek różowych po skórze porozrzucanych. Przypadki ogólnego porażenia naczyń skórnych są nader rzadkie, mamy jednak ich kilka opisanych w literaturze, a do najciekawszych należy przypadek Dujardin-Beaumetza, dotyczący kobiety, u której nawet najłagodniejsze bodźce zewnętrzne, n. p. pogłaskanie wywoływało każdym razem porażenie naczyń skórnych, zajmujące bardzo znaczny obszar skóry. W tym przypadku skóra była prawie zupełnie pozbawioną czucia, objawy zaś naczyniowe powstawały od czasu do czasu, bez żadnej przyczyny zewnętrznej. Choroba miała powstać po wstrząśnieniu

psychicznem, wskutek odebrania wiadomości nagłej o śmierci ojca. Vulpian opisuje podobny przypadek u mężczyzny, który zresztą na żadne zboczenia nerwowe nie cierpiał.

Wszystkie nerwice naczyniowe, bez względu na to, czy są pochodzenia skurczowego, czy porażennego, dzielimy na nerwice ośrodkowe i obwodowe.

Do przyczyn wywołujących nerwice naczyniowe obwodowe zaliczamy bodźce mechaniczne, chemiczne i termiczne. Bodźce te, działając drogą nerwów czuciowych, wywołują w następstwie skurcz lub porażenie naczyń skórnych, trwające dłuższy lub krótszy czas. Przyczyny wywołujące nerwice naczyniowe drogę ośrodkową mogą być natury czysto psychicznej, zarazem psycho-fizyologicznej. Wzorem nerwicy naczyniowej psychicznej jest rumieniec wstydu (*Erythema pudoris)*, i bladość skóry (*pallor cutis*). Rumieniec występuje stale po pewnych wrażeniach psychicznych na twarzy, co tłumaczymy bardzo gęstą siecią naczyń tej części ciała, zaopatrywaną nader licznemi gałązkami części karkowej nerwu współczulnego. Że rumieniec wstydu może wystąpić również na każdem dowolnem miejscu jest rzeczą znaną, a dermatolog angielski Paget przytacza pewną pacyentkę, u której przy każdorazowem badaniu przez pochwę występował rumieniec na udach i powłokach brzusznych. W wzruszeniach psychicznych przechodzą często formy skurczowe w porażenne i naodwrót, a stanom tym towarzyszą zazwyczaj inne jeszcze zaburzenia nerwowe, w zakresie nerwu współczulnego.

Drugą z kolei postacią kliniczną nerwic naczyniowych jest pokrzywka (*Urticaria*). Powstać ona może zarówno z przyczyn zewnętrznych jakoteż i wewnętrznych. Z przyczyn zewnętrznych wymienić musimy jako najczęstsze: prąd elektryczny, nagłe zadziałanie niskiej ciepłoty i niektóre bodźce chemiczne. Z przyczyn wewnętrznych zajmują pierwsze miejsce choroby żołądka i kiszek, choroby narządów płciowych (szczególnie u kobiet), a wreszcie niektóre środki lecznicze, przedewszystkiem działu leków przeciwgorączkowych.

Trzecią i najważniejszą postać kliniczną nerwic naczynioruchowych stanowi rumień wielopostaciowy (*Erythema multiforme*). Dermatologowie przyzwyczaili się podporządkowywać najrozmaitsze odmiany, w jakich występować zwykł rumień pod wspólne miano rumienia wielopostaciowego. Należy jednak zwrócić uwagę, że przy tym rumieniu, jako chorobie *sui generis*, nie zwracamy tyle uwagi na zmiany zresztą bardzo charakterystyczne, jakie choroba ta wywołuje na skórze, bo te są małoznaczące i często bez leczenia szybko przemijają, ile na zmiany głębsze, nierzadko chorobie tej towarzyszące. Już oddawna zwrócono na to uwagę, że rumień wielopostaciowy nie zawsze przebiega jako czysta choroba skóry, lecz że towarzyszą jej często bóle gośćcowe w stawach i mięśniach, zapalenia ostre stawów i błon surowiczych. Dlaczego rumień wielopostaciowy okazuje czasami przebieg choroby zakaźnej, czasami zaś przebiega zupełnie miejscowo? Pozostaje na razie rzeczą nierozstrzygniętą.

Wielu autorów starało się przedstawić go, jako chorobę zakaźną, opisując zmiany na skórze jako analogiczne z osutkami zwiastunowemi ospy lub płonicy. Przeciw temu jednak przemawia wszelki brak typowości w przebiegu klinicznym choroby, która niemal w każdym przypadku okazuje odmienny przebieg. Przekonano się atoli z drugiej strony, że rumień powstać może po urazach układu nerwowego, po krwotokach mózgowych, na co już zwrócili uwagę Brown-Séquard i Axenfeld. Te i bardzo wiele innych spostrzeżeń klinicznych świadczą wymownie, że choroba ta zajmuje pomiędzy nerwicami naczynioruchowemi przynależne sobie miejsce.

Do klasy nerwic naczynioruchowych zaliczamy nadto osutki występujące w przebiegu chorób ostrych zakaźnych, dalej tak zwane osutki zwiastunowe (*Erythemata prodromalia)*, a wreszcie rumieniec gorączkowy (*erythema febrile*). Jak wiadomo stałym objawem gorączki są zaburzenia w innerwacyi naczyń z następowemi zmianami w wytwarzaniu ciepła i odżywiania tkanek, zmiany będące w ścisłym związku z ukła-

dem współczulnym, który drażniony w przebiegu chorób gorączkowych krążącym we krwi zarazkiem, oddziaływa nań w sposób swoisty.

Prototypem osutek prodromalnych jest rumień ospiany *(erythema variolosum)*. Występuje on w drugim lub trzecim dniu choroby, w postaci żywo zabarwionego rumienia na większej lub mniejszej przestrzeni, jako zwiastun właściwej osutki ospowej. Już samo to stałe umiejscowienie tego rumienia na powłokach brzusznych i po wewnętrznej stronie ud, świadczy wymownie, że sprawa naczynioruchowa ogranicza się tylko do pewnych gałązek. Że rumień ospiany uważać należy pod względem nozologicznym za nerwicę naczynio-ruchową, przemawiają zatem rwy, występujące zawsze w okresie zwiastunów ospy, w okolicy pni nerwów lędźwiowych i krzyżowych, co tłumaczymy przekrwieniem odpowiedniej części rdzenia i jego opon. Ze stosunków anatomicznych wprost wynika zresztą, że rumień ospiany pozostaje z ową rwą w ścisłym związku. Od pierwszego bowiem nerwu lędźwiowego odchodzi n. biodro-pachwinowy i biodro-podbrzuszny, którego gałązki zaopatują skórę powyżej pierścienia pachwinowego, wzgórka łonowego i narządów płciowych, podczas gdy n. lędźwio-pachwinowy, odchodzący od n. łonoudowego i gałązki n. skórnego bocznego biodra zaopatrują skórę uda. Nerwy te zatem gubią się w całym tym obszarze skóry, w którym właśnie występuje rumień ospiany.

Ostatnim wreszcie rodzajem nerwic naczynioruchowych są tak zwane osutki lekarstwiane (*Exanthemata medicamentosa*), względnie trucizniane. Osutka trucizniana może wystąpić w rozmaitej postaci morfologicznej, zależnie od stopnia nasilenia sprawy chorobowej; do najlżejszych form należy rumień trucizniany. Pierwszym, jak się zdaje, który go opisał dokładnie po użyciu rtęci był Georges Allan na początku bieżącego stulecia. Żywiej zajęto się tą sprawą dopiero w ostatnich dziesiątkach lat, a prace Hutchinsona, Behrenda i Morrowa, dostarczyły licznego w tym kierunku materyału. Bazin, Voisin i Köbner opisali wiele rzadkich przypadków

klinicznych tej choroby, a między innymi poraz pierwszy osutkę truciznianą pęcherzowatą i krwotokową (*Exanthema toxicum bullosum* i *haemorrhagicum*). Środkami wywołującymi tę osutkę jest makowiec i jego alkaloidy, wilcza jagoda, kw. salicylowy, chinina, arszenik, wodnik chloralu, kalomel, wszystkie leki balzamiczne i przeciwgorączkowe. Bardzo często występuje rumień trucizniany w postaci pokrzywki lub też wysypki guzkowej, a co się tyczy zaburzeń w kierunku czuciowym, towarzyszących prawie zawsze nerwicom naczynioruchowym, omówimy je jednocześnie z nerwicami czuciowemi w ścisłem znaczeniu tego słowa.

Przystępując do drugiej klasy nerwic skórnych, t. j. do nerwic odżywczych skóry (*Trophoneuroses cutaneae*) muszę nadmienić, że zaliczamy do tej kategoryi tylko nerwice odżywcze w najściślejszem znaczeniu tego słowa, wyłączając wszystkie inne postacie chorobowe, zaliczone tutaj przez Schwimmera, których charakter patogenetyczny nie został jeszcze do dnia dzisiejszego dokładnie określonym.

Ze stanowiska klinicznego dzielimy nerwice odżywcze skóry na miejscowe i ogólne, bez względu na charakter morfologiczny, pozostający w ścisłym związku z nasileniem sprawy chorobowej.

Pierwowzorem i zarazem najłagodniejszą formą nerwic odżywczych miejscowych jest *Erythema trophoneuroticum.* Choroba ta różni się tem od rumienia naczynio-ruchowego, że w przebiegu jej przychodzi do złożenia wypociny i nacieku drobno-komórkowego w miazdrę, skutkiem czego skóra staje się grubszą, ciastowatą i co charakterystyczne, nie wraca nigdy całkowicie do prawidłowej swej sprężystości, nawet w długi czas po ustąpieniu sprawy chorobowej. — Dermatologowie angielscy i amerykańscy opisali pierwsi dokładnie tę chorobę skóry, uwzględniając przedewszystkiem jedną postać, względnie dosyć rzadko napotykaną, którą nazwali *Glossy skin.* W chorobie tej, przebiegającej zresztą miejscowo, skóra przybiera barwę czerwoną, staje się gładką i połyskującą a autorowie porównują ją do skóry pokrytej warstwą

pokostu; brak jej wszelkich fałdów i owego podziału na drobne pola, owego wejrzenia jaszczurowatego (*état chagriné*), który na skórze prawidłowej już gołem okiem spostrzegać się daje. W dalszym okresie tej choroby przychodzi do zaniku tkanki podskórnej i gruczołów, a pierwszy należycie opisany przypadek „glossy skin“ dotyczył osoby, u której uszkodzonym został n. sprychowy; zmiany na skórze wystąpiły w całym obszarze, przez ten nerw zaopatrywanym. Morhouse, Keén i Mitschell opisują kilka przypadków, w których zmiany powyższe wystąpiły w przebiegu długo trwającej rwy, szczególnie w zakresie kończyn.

Najbardziej znaną grupą nerwic odżywczych skóry jest dział nerwic pęcherzykowych i pęcherzowych, do której należą dwie główne postacie kliniczne, t. j. liszaj (*Herpes*) i pęcherzyca (*Pemphigus*). Obydwa te wzory, jakkolwiek tak w swoim przebiegu klinicznym, jak i co do swej symptomatologii, zupełnie od siebie odmienne, należą jednak ze stanowiska etiologii do tej samej klasy, co więcej do tej samej rodziny nerwic odżywczych.

Zanim jeszcze autorowie francuscy Doyon i Mauriac ogłosili swoje spostrzeżenia kliniczne nad liszajem twarzowym i części rodnych, było już rzeczą oddawna w patologii znaną, że półpasiec uważać należy za chorobę pozostającą z układem nerwowym w najściślejszym związku. Pierwszym, który zwrócił uwagę na związek tej choroby z układem nerwowym był Charcot; w dziele jego „*Leçons sur les maladies du système nerveux*“ znajdujemy wzmiankę o wystąpieniu półpaśca po urazie n. międzyżebrowych, odnoszącą się do przypadku opisanego przez niego w r. 1851. Z tego samego mniej więcej czasu pochodzą prace Romberga i Danielssona, którzy obwiniają rwę nerwów miedzyżebrowych jako najczęstszą przyczyną półpaśca. Później okazały liczne spostrzeżenia, że półpasiec występuje również często w zakresie innych nerwów; Cotard opisał pierwszy przypadek tej choroby wzdłuż przebiegu wszystkich gałązek splotu szyjowego, Hutschinson — półpasiec czołowy i oczny, a Brown-Séquard

opisał szczegółowo przypadek półpaśca wzdłuż całego splotu ramieniowego w przebiegu zapalenia błon rdzenia pacierzowego. Przypuszczenie Bärensprunga, że jako siedzibę sprawy chorobowej uważać należy zwoje międzykręgowe, przyjąć musimy tylko z zastrzeżeniem, o ile w nader małej tylko ilości przypadków udało się znaleźć jakiekolwiek zmiany anatomiczne i to częściej w nerwach samych, aniżeli w zwojach.

Że zmiany odżywcze w przebiegu półpaśca nie ograniczają się tylko do warstw powierzchownych, świadczą wymownie, niezbyt rzadko spostrzegane przypadki półpaśca zgorzelinowego.

Do kategoryi nerwic pęcherzykowych wliczamy również liszaj tęczowaty (*Herpes iris*) i liszaj obrączkowy (*Herpes circinatus*), a spostrzeżenia Jarischa usuwają w tym kierunku wszelką wątpliwość. Jeden tylko Auspitz uważa liszaj tęczowaty dotychczas jeszcze za nerwicę naczynio-ruchową opisując to cierpienie jako analogiczne z liszajem pełzającym (*Impetigo herpetiformis*).

Pomiędzy nerwicami pęcherzykowemi a pęcherzowemi nie ma różnicy tak pod względem patologicznym jak i etiologicznym; również nieuchwytną jest różnica morfologiczna, zważywszy, że forma jedna stanowi częstokroć tylko stan przejściowy do drugiej. Pęcherze w przebiegu pęcherzycy (*Pemphigus)* powstają najczęściej na skórze już zmienionej, tak, że w miejscu, w którem ma powstać pęcherz, tworzy się naprzód plama, żywo-różowo zabarwiona, którą wielu autorów uważa za rumień przyrody odżywczo nerwowej, jako okres przejściowy do pęcherzycy. Autorowie ci opisują wiele przypadków chorób rdzenia pacierzowego, a przedewszystkiem sznurów bocznych, w przebiegu których przychodzi zrazu do wytworzenia się typowego rumienia, a dopiero następowo pęcherzy. Chrostek, Brissaud i Friedreich podają liczne spostrzeżenia nad występowaniem nerwic pęcherzowych w przebiegu chorób rdzenia, ze zmianami zupełnie takiemi, jakie charakteryzują pęcherzycę. W obec faktów powyższych większość nowoczesnych dermatologów zalicza

pęcherzycę do nerwic odżywczych, a na ich czele Auspitz i Schwimmer.

Najwymowniejszym przykładem pęcherzycy na tle nerwowem jest t. zw. pęcherzyca macinnicza (*Pemphigus hystericus*). Bliższe szczegóły o tej odmianie pęcherzycy zawdzięczamy dermatologom niemieckim, a Frank opisał bardzo dokładnie przypadek pęcherzycy powrotnej u pewnej histeryczki, u której po każdym napadzie histeryi występowały na skórze świeże pęcherze. Dlaczego niektóre odmiany pęcherzycy, mianowicie pęcherzyca zjadliwa (*foliaceus*) i bujająca (*vegetans*) przebiegają w tak odmienny sposób, aniżeli odmiany łagodne tejże samej choroby, pozostaje do dzisiaj rzeczą niewyjaśnioną.

Do nerwic odżywczych, przebiegających ze zniszczeniem tkanek na większej lub mniejszej przestrzeni, zaliczamy trzy sprawy chorobowe. mianowicie: 1) Odleżyna ostra (*Decubitus acutus*) 2) zgorzel symetryczna (*Gangraena symmetrica*) i 3) wrzód przeszywający stopę (*Malum perforans pedis*).

Pierwszy Samuel zwrócił uwagę na zmiany odżywcze skóry i tkanki podskórnej w przebiegu wielu chorób mózgu i rdzenia i podzielił je na postacie ostre i przewlekłe, zwracając głównie uwagę na odmianę ostrą odleżyny, której objawy i przebieg kliniczny pozostają w najściślejszym związku ze zmianami narządu nerwowego.

Odleżyna ostra występuje jako stały objaw wielu chorób mózgu i rdzenia i zasługuje już z tego powodu na szczególne uwzględnienie, że w przebiegu jej wykluczyć niemal musimy pewne czynniki, odgrywające ważną rolę przy powstaniu odleżyny przewłocznej. Choroba ta występuje nagle, najczęściej po krwotokach mózgowych, a Charcot pierwszy zwrócił uwagę na to, że występuje ona zawsze po stronie porażonej, a zatem przy krwotokach ośrodkowych po stronie przeciwnej ogniska udarowego. Odleżyna ostra powstaje pomimo że troskliwie chronimy części porażone od wszelkiego ucisku, dając im podłoże miękkie i utrzymując skórę w najzupełniejszej czystości. Mimo to wszystko zmiany

odżywcze występują nader szybko i nie dadzą się niczem powstrzymać. Zmiany te występują bardzo często w połączeniu z rumieniem lub z nerwicą pęcherzową, a towarzyszy im zawsze znieczulenie, sięgające dosyć daleko po za obszar chorobowo zmieniony. Dało to powód wielu autorom do przypuszczenia, że miejscem wyjścia sprawy chorobowej są tylne sznury rdzenia, a przemawia za tem zdaniem tych autorów i ta okoliczność, że zmiany w sznurach przednich, jak w przebiegu zaniku mięśni postępowego (*Atrophia musculorum progressiva*) lub „*Paralysis essentialis infantum*", nigdy nie prowadzą do powstania odleżyny ostrej. Wielu jednak klinicystów zbija to przypuszczenie dokładną obserwacyą dosyć licznych przypadków odleżyny ostrej w przebiegu zapalenia opon mózgowych bez żadnych powikłań, gdzie zatem o zmianach w zakresie sznurów tylnych mowy być nie mogło.

Pierwsze dokładne spostrzeżenia i wyczerpujący opis t. zw. zgorzeli symetrycznej zawdzięczamy uczonemu francuskiemu Raynaud'owi, który w swojej cennej pracy o tym przedmiocie wprowadza w związek przyczynowy zgorzel symetryczną z t. zw. zamartwicą (*asphyxia*) miejscową, która poprzedza zawsze właściwą sprawę chorobową, a występuje w skutek miejscowych zaburzeń w krążeniu, bez żadnych zgoła zmian anatomicznych w zakresie ścian naczyniowych. Pierwotne zatem zaburzenie powstaje skutkiem utrudnionego przypływu krwi tętniczej z następową zmianą w krążeniu żylnem, mamy tu zatem do czynienia z skurczem tętniczym, podobnym do tego, jaki powstaje po zadziałaniu niskiej ciepłoty. Na tle sinicy umiejscowionej poczynają się tworzyć małe pęcherzyki wypełnione przeźroczystym płynem, a po ich pęknięciu rozpoczyna się zgorzel na większej lub mniejszej przestrzeni, przebiegająca dosyć szybko od części miękkich do układu kostnego. Choroba ta występuje symetrycznie najczęściej w zakresie palców kończyn górnych lub dolnych, a objawami towarzyszącymi są zawsze przeczulica i bóle wychodzące z miejsca zgorzelinowego i rozprzestrzenia-

jące się zwykle wzdłuż całej kończyny. Raynaud dopatrywał w nerwie współczulnym przyczyny tej choroby, opierając się na objawach skurczowych w zakresie tętnic obwodowych w samym początku cierpienia. Samem jednak działaniem nerwu współczulnego nie możemy sobie wytłómaczyć całego szeregu zmian w kierunku odżywczym i dlatego niektórzy dermatologowie, a na ich czele Schwimmer, przypuszczają pewne zmiany w rdzeniu przedłużonym, usprawiedliwiające symetryczność cierpienia i ciężkie zaburzenia nerwowe towarzyszące tej sprawie. Inni wreszcie autorowie posądzają o przyczynę sznury przednie rdzenia ze względu na zanik mięśni, jaki w przebiegu tej choroby nieraz zauważyć można.

Obok powyższych zmian troficznych, znamy również sprawy, których związek przyczynowy z układem nerwowym obwodowym nie ulega najmniejszej wątpliwości. Do zmian takich zaliczamy, jak to już raz wspomniałem, liszaj zgorzelinowy *(Herpes gangraenosus)*, dalej owrzodzenia występujące po urazach nerwów obwodowych, opisane przez Leloira i Brocqa. Należą tu również przypadki owrzodzeń po urazach postrzałowych, odpowiadających rozgałęzieniom pni nerwowych nadwerężonych postrzałem, opisane przez Mitchell'a i Gubler'a. Przykładem wybitnym zmiany odżywczej obwodowej jest t. zw. wrzód przeszywający stopę (*Mal perforant du pied)*, a jako przyczynę tego niezbyt często występującego cierpienia, podają autorowie przedewszystkiem uraz i odmrożenie.

Dotąd zajmowaliśmy się nerwicami odżywczemi miejscowemi, t. j. takiemi, które wywoływały zmiany na skórze lub w częściach głębszych, ograniczające się jednak tylko do pewnych obszarów, w przeciwieństwie do tak zwanych nerwic odżywczych ogólnych, zajmujących lub mogących zająć skórę w całości, czyli tak zwanych nerwic skórnych konstytucyonalnych.

Nerwice odżywcze ogólne odznaczają się przebiegiem zawsze przewlekłym, występują zrazu na przestrzeni ograniczonej, posiadają jednak dążność do zajmowania coraz to

większych obszarów skóry, nie oszczędzając również i z nią zestosunkowanych: paznogci i włosów. Do nerwic tych zaliczamy: 1) twardziel skóry (*Sclerodermia*), 2) zanik skóry samoistny (*Atrophia cutis idiopathica*) i 3) nerwice barwikowe.

Do niedawna dermatologowie uważali twardziel za chorobę spowodowaną zaburzeniami w krążeniu chłoniczem w skórze właściwej, ze zmianami analogicznemi do tych jakie spotykamy w słoniowaciźnie, z tą tylko różnicą, że nie wchodzi tu w grę tkanka podskórna, lecz warstwy skóry właściwej, a przedewszystkiem warstwa brodawkowa (*stratum papillare*). Dopiero Liveing (880) pierwszy zwrócił uwagę dermatologów na charakter neuropatyczny tego cierpienia, zaliczając je pomiędzy nerwice odżywcze ogólne skóry właściwej. Rozróżniamy dwie odmiany tej choroby, mianowicie jedną miejscowo tylko przebiegającą t. zw. twardziel umiejscowioną (*Sclerodermia partialis v. Morphaea*), drugą ogólną twardziel powszechną (*Sclerodermia universalis*). Pierwsza odmiana tej choroby to jest twardzieli plamistej (*Morphaea*) była już znaną w początku bieżącego stulecia, a pierwszym, który ją dokładnie opisał, był Alibert (1817). Ponownie zaczęto się dokładnie zajmować tem cierpieniem w niedawnych czasach, w miarę jak się zaczęły pojawiać coraz to liczniejsze spostrzeżenia nad tą chorobą, opisywaną już to jako „*Sclerodactylitis*“ (Ball), już też jako „*Panaritium nervosum*“ (Quinquaud) i t. d. Odmiana ta występuje najczęściej na skórze kończyn, rzadziej na tułowiu lub twarzy w postaci plam, tu i owdzie porozrzucanych, barwy białej, połysku woskowego, rozmaitej wielkości, kształtu zazwyczaj owalnego. Skóra w tych miejscach nie daje się ująć w fałd, jest nadzwyczaj twardą i niepodatną. Miejsca chore okazują stale niższą ciepłotę, aniżeli reszta skóry zdrowej. W około miejsc sklerotycznych skóra prawidłowa, nieco tylko ciemniej zabarwiona. Z czasem przychodzi do coraz to większego zaniku miazdry i tkanki podskórnej, a wreszcie i warstwy mięśniowej. Hutchinson pierwszy zwrócił uwagę na to, że ogniska sklerotyczne usadawiają się zwykle wzdłuż przebiegu pewnych nerwów, a inni

autorowie angielscy zwracają uwagę na przypadki twardzieli miejscowej ze zmianami barwikowemi włosów. Gibenet opisuje przypadek choroby tej na twarzy z następowym zanikiem mięśni strony chorej, przedstawiający obraz zupełnie podobny do „*Hemiatrophia facialis*“. Bardzo charakterystyczną jest barwa skóry w samym początku choroby, kiedy na tle zupełnie białem odróżnić możemy małe ogniska skóry jeszcze różowo zabarwionej. Po pewnym czasie barwa biała bierze przewagę i otrzymujemy pola zupełnie jednostajnie biało zabarwione, przypominające „*Vitilligo*“. Cierpienie to różni się bardzo od odmiany ogólnej twardzieli, tak w swoich objawach, jako też w przebiegu klinicznym.

Twardziel powszechna (*Sclerodermia universalis*) jest odmianą o wiele więcej znaną i dlatego we wszystkich podręcznikach dermatologicznych o wiele więcej uwzględnianą, aniżeli *Morphaea*. I tu utrzymywała się teorya Hellera, upatrująca przyczynę tej choroby w zarośnięciu przewodu piersiowego, aż do najnowszych czasów, a Kaposi należał do niedawna do jej gorliwych obrońców. Dopiero Harley i Vidal zwrócili uwagę na zupełną analogię objawów tej choroby z innemi nerwicami troficznemi i na charakterystyczne zmiany w krążeniu obwodowem, które poprzedzają zawsze naciek w *corpus papillare* i następowe zmiany odżywcze. Odmiana ta ma przebieg równie przewlekły jak *Morphaea*, prowadzi jednak w krótkim stosunkowo czasie do zajęcia znacznych obszarów skóry, z następowym zanikiem mięśni, najczęściej w zakresie kończyn. Obok więc zaburzeń ogólnych w ekonomii ustroju, jakie sprowadzić musi twardziel skóry na wielkiej przestrzeni, spowodowuje ona unieruchomienia stawów z następowemi przekurczeniami, dalej niejednokrotnie zmiany w układzie kostnym, przedewszystkiem w zakresie falang. Choroba ta prowadzi z bardzo nielicznymi wyjątkami do ogólnego wyniszczenia i zejścia śmiertelnego.

Zanik skóry właściwej (*Atrophia cutis genuina*) należy do chorób, które Hebra zaliczył pierwotnie do osobnej grupy swojej klasyfikacyi pomiędzy zaniki skóry (*Atrophiae cutis*),

a Auspitz opisuje ją jako zboczenie rozwojowe skóry, czyli tak zw. Chorioblastozę. Dopiero Schwimmer zwrócił uwagę patologów na związek przyczynowy pomiędzy owym zanikiem skóry, a pewnemi zmianami w układzie nerwowym, sprowadzającemi zboczenia w odżywieniu powłok zewnętrznych, zboczenia niemal zupełnie podobne do zaniku starczego (*atrophia cutis senilis*), występującego fizyologicznie w wieku podeszłym. Najczęstszą odmianą tej choroby jest zanik częściowy (*atrophia partialis*), jako t. zw. *stria* lub *macula atrophica*. Małe takie ogniska zanikowe, zwykle do blizny podobne, i jako takie często rozpoznawane, są bardzo częste, a znajdujemy je albo w postaci cienkich pasemek, nieraz wzdłuż przebiegu pewnych gałązek nerwowych, albo w postaci większych lub mniejszych pól nieregularnych, szczególnie na klatce piersiowej i na powłokach brzusznych. Ogniska te zanikowe mają znaczenie nerwic obwodowych z zupełnym zanikiem *corpus papillare*, a za etyologią nerwową przemawia również i ta okoliczność, że właściwą sprawę zanikową poprzedza zawsze okres nawałowy, podobnie jak w przebiegu twardzieli.

Odmiana ogólna zaniku skóry (*atrophia cutis universalis*) należy do chorób nader rzadko występujących. W przebiegu klinicznym okazuje ona analogię do późnego okresu twardzieli powszechnej, w którym mianowicie naciek w *stratum papillare* przechodzi w następowy okres zanikowy. Przez długi przeciąg czasu uważano nawet powszechnie chorobę tę za nic innego jak tylko za okres zanikowy twardzieli i dopiero Wilson, Hebra i Kaposi opisali ją jako swoistą postać chorobową, t. j. jako zanik skóry właściwej w ścisłem tego słowa znaczeniu. Wszyscy ci trzej autorowie zgadzają się na etyologię nerwową tej choroby, a zmiany barwikowe, w jej przebiegu występujące, przemawiają bardzo za współudziałem nerwu współczulnego. Scheuthauer i Babes podają jako zmiany anatomo-patologiczne ogniska sklerotyczne tak w układzie ośrodkowym, jako też w nerwach obwodowych, ze względu jednak na rzadkość tej choroby pozostawiają i opisy jej przebiegu klinicznego wiele do życzenia.

W żadnej z nerwic troficznych powyżej uwzględnionych nie zdołano wykazać tak naocznie wpływu układu nerwowego na dotyczące zmiany chorobowe, jak w nerwicach barwikowych skóry. Doświadczenia Goltza, Heringa i Vulpiana wykazały, że można wprost przez podrażnienie pewnych nerwów wywołać zmiany w zakresie komórek barwikowych podprzyskórkowych u żaby. Autorowie ci zauważyli, że w następstwie drażnienia czynnikami chemicznymi nerwów skórnych tych zwierząt, można wywołać skurczanie się komórek barwikowych, wskutek czego skóra staje się jaśniejszą, a przeciwnie porażeniem lub przecięciem tych nerwów otrzymujemy wprost przeciwny wynik. Sprawę tę tłómaczy sobie wpływem włókien nerwowych naczynio-ruchowych, za czem zresztą przemawia doświadczenie Vulpiana, który po zniszczeniu niektórych zwojów nerwu współczulnego, a tem samem porażeniu włókien zwężających naczynia u zwierząt, otrzymywał stale ciemniejsze zabarwienie odpowiednich obszarów skóry.

Zmiany barwikowe dzielimy na zmiany wywołane przez zbytnie nagromadzenie się barwika w pewnych miejscach (przebarwienie) i zmiany wywołane utratą barwika (odbarwienie).

Zmiany pierwszej kategoryi mogą być przemijające lub stałe, mogą zajmować małe tylko obszary skóry, lub mogą być natury ogólnej. Zagadnienia, dotyczące przyczyny zmian barwikowych najczęstszych jak piegi (*ephelis*, *lentigo*) lub ostuda (*chloasma*) oczekują jeszcze dotychczas zadowalniającej odpowiedzi, bo określenia dotychczasowe nie tłumaczą nam wprost niczego. Teoryę o wpływie promieni słonecznych na powstawanie t. zw. piegów (*ephilides*), obalił już Hebra wykazując naocznie, że piegi pojawiają się bardzo często na tułowiu lub udach, a zatem na częściach ciała najczęściej przynajmniej nie obnażonych. Że wpływy zewnętrzne a przedewszystkiem mechaniczne, jak silne drapanie, sprowadzać zwykły nagromadzenie barwika w wielkiej ilości, jest oddawna znanem, a widzimy to u wszystkich chorych cierpiących na świerzbiączkę (*prurigo*), świerzbienie (*pruritus*) lub długo

trwające wypryski. Chorzy ci drażnią drapaniem włókna czuciowe, wywołując odruchowo przekrwienie skóry, które z czasem prowadzi do silniejszej pigmentacyi. Zmiany barwikowe w przebiegu twardzieli, zaniku skóry lub słoniowacizny tłumaczy Schwimmer zaburzeniami w krążeniu, a zatem pośrednio zmianami naczynioruchowymi analogicznie do teoryi Gussenbauera co do pigmentacyi w „*Sarcoma melanoticum*“. Wpływem układu współczulnego tłumaczymy zmiany barwikowe w przebiegu *Syphilis pigmentosa, Chloasma uterinum* i *Melanosis*, niewiadomem jest jednak zupełnie, czy mamy tu do czynienia ze sprawą czysto odruchową, czy też z działaniem bezpośredniem na ściany naczyniowe. Za sprawą odruchową przemawiają zmiany barwikowe, występujące często u kobiet w przebiegu chorób macicy lub jej przydatków, a należą tu *chloasma uterinum*, *lentigines* u kobiet cierpiących na miesiączkowanie bolesne (*dysmenorrhoea*) lub zboczenia w położeniu lub zgięciu macicy, i inne liczne zmiany, pozostające z życiem płciowem kobiet w najściślejszym związku.

Wspomnieć tu jeszcze należy o pigmentacyach skóry *in toto*, występujących w przebiegu chorób chronicznych wyniszczających, t. zw. *chloasma cachecticorum*, które zdaniem Littena i Krockera uważać należy za zmiany troficzne w ścisłem znaczeniu.

Nerwice polegające na odbarwieniu skóry na większej lub mniejszej przestrzeni, tłumaczymy zupełnie tymże samym wpływem układu współczulnego, tem więcej, że równocześnie obserwujemy zawsze przebarwienie skóry, a to przedewszystkiem dokoła ognisk odbarwionych. Do nerwic tych zaliczamy *Albinismus, Vitilligo* i *Leucoderma. Vitilligo* występuje częstokroć zupełnie samoistnie, bez jakiejkolwiek znanej przyczyny ze strony układu nerwowego, chociaż wielu autorów podaje dokładne spostrzeżenia co do występowania tego zboczenia w przebiegu chorób mózgu i rdzenia. Bourneville widział *Vitilligo* u chorego na guz mózgu powiększającą się w miarę zwiększającego się ucisku mózgowego. Beigel opi-

suje *Vitilligo* na wielkiej przestrzeni (*albinismus partialis*), wytwarzającą się w przebiegu zaniku mięśni postępowego, a Eulenburg zauważył powstanie tego zboczenia po zranieniu splotu ramieniowego. Bardzo ścisłe spostrzeżenia zawdzięczamy Leloir'owi, który badał nerwy skóry wyciętej *in vivo* z miejsca odbarwionego i znalazł zupełny prawie zanik włókna osiowego, *myelina* okazywała wybitne zmiany, podczas gdy osłonka Schwanna wypełniona była masą, barwiącą się pikrokarminem na żółto. Skóra sama okazywała następujące zmiany: przyskórek prawie zanikły, a z warstw sieci Malpighiego utrzymane jedynie tylko *stratum spinosum*, przy zupełnym braku komórek barwikowych. Skóra właściwa ścieńczała, a w pokładzie siatkowatym (*stratum reticulare*) zaledwie kilka gałązek naczyniowych. Jeżeli zatem uwzględnimy wynik badania histologicznego, a z drugiej strony liczne spostrzeżenia kliniczne w powyższym kierunku, nie będziemy się wahali zaliczyć opisane zboczenia do rzędu nerwic odżywczych w ścisłem znaczeniu tego wyrazu.

Trzecią i ostatnią grupę nerwic skórnych stanowią nerwice w zakresie nerwów czuciowych t. zw. *Neuroses substantivae*, *Idioneuroses* (*Auspitz*), a zaliczamy do nich wszystkie nerwice, których jedynym objawem są zboczenia w kierunku czuciowym bez jakichkolwiek zmian anatomicznych. Jedyną zmianą na skórze, jaką w przebiegu powyższych chorób dostrzedz możemy, są ślady drapania, zmiany spowodowane drogą mechaniczną, a to jeżeli mamy do czynienia z przeczulicą skóry silnego stopnia, jak to ma miejsce n. p. w *pruritus cutaneus*.

Rozróżniamy dwa rodzaje nerwic czuciowych skóry w ogóle, a mianowicie *Neuroses anaesthaeticae* i *neuroses hy. peraesthaeticae*. Podczas gdy pierwsze stanowią tylko jeden z objawów pewnych chorób układu nerwowego, uważamy drugie za nerwice skórne w ścisłem znaczeniu tego słowa, ponieważ występują one również jako choroby samoistne skóry z wszystkimi objawami nerwicy obwodowej. W ścisłym związku z przeczulicą pozostaje *hyperalgia*, stan, w któ-

rym przeczulica dochodzi do tego stopnia nasilenia, że najłagodniejsze bodźce zewnętrzne sprawiają wrażenie bólu, a z objawem tym spotykamy się również w niektórych postaciach nerwic czuciowych obwodowych.

Do rzędu przeczulic zaliczamy nadto t. zw. *Paraesthaesiae*, które objawiają się przeniesieniem percepcyi wrażeń nerwów czuciowych po za zakres miejsca drażnionego. Nie stanowią one osobnej postaci klinicznej nerwic czuciowych, stanowią natomiast częsty objaw chorób mózgu i rdzenia.

Przeczulica skóry może być miejscową lub ogólną i towarzyszy często wielu chorobom powłok zewnętrznych a przedewszystkiem tym, które polegają na zmianach w kierunku naczynio-ruchowym. Że przeczulica skóry, jak w ogóle zmiany w zakresie nerwów czuciowych, może powstać drogą wrażeń psychicznych, uczą nas liczne przykłady z literatury. Znanym jest objaw swędzenia skóry po silnych wzruszeniach, mianowicie lęku, a Cazenave podaje, że u pewnego młodzieńca po pracy umysłowej występowało każdym razem uczucie pieczenia w całej skórze, przechodzące w silny ból przy najlżejszem dotknięciu.

Wrażenia mogą być w przeczulicy najrozmaitsze, jak łaskotanie, pieczenie, swędzenie, a uważamy je za wyraz patologicznej percepcyi pewnych bodzców ośrodkowych lub obwodowych.

Chorobą przedstawiającą obraz czystej nerwicy czuciowej jest t. zw. *Pruritus cutaneus* we wszystkich swoich odmianach. Niektórzy autorowie a mianowicie Cazenave zaliczali i świerzbiączkę (*Prurigo*) do nerwic czuciowych skóry, większość jednak dermatologów, a także i szkoła wiedeńska, nie uważa choroby tej za nerwicę samodzielną, uwględniając całą różnicę w patogenezie tego zboczenia, jak również w przebiegu klinicznym.

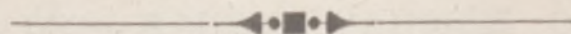
Mimo bardzo wytrwałych badań histologicznych, nie udało się dotychczas odszukać żadnych zmian anatomicznych dla nerwic czuciowych, ani w układzie ośrodkowym, ani też w nerwach obwodowych. Istnieje wprawdzie bardzo wiele

hipotez, starających się wytłómaczyć w ten lub inny sposób cały zbiór objawów nerwic czuciowych, ale niemal żadna z nich nie uzyskała prawa obywatelstwa w literaturze. Teorya Upensky'ego, którą się dłuższy czas posługiwano, przypisuje objawy czuciowe tworzeniu się produktów przemiany materyi w tkance nerwowej w tak znacznej ilości, że utrzymują one włókna czuciowe w ciągłej czynności. Należą tu dalej teorye Schiffa, Ranke'go i Heidenhaina, tłómaczące ogół objawów zmianami chemicznemi w istocie nerwowej. Chociaż niektóre z tych teoryj znajdują jeszcze dzisiaj wielu zwolenników, przyznać musimy jednak, że patogeneza nerwic czuciowych jest nam niemal zupełnie nieznaną.

Nerwice czuciowe są, jak wspomniałem, stałym objawem wielu chorób mózgu i rdzenia, zajmując mniejszy lub większy obraz powłok zewnętrznych. Pojęciu „*hyperalgii*" w nerwicach przeczulicowych odpowiada tutaj analogicznie „*analgesia*", której pewną odmianę dotyczącą zmysłu dotyku zowiemy „*apselaphasia*". Jak widzimy znieczulenie skóry nie może być zaliczone do nerwic czuciowych samoistnych, stanowi ono raczej częściowy objaw chorób skórych, pozostających z układem nerwowym w związku przyczynowym. I tak jest ono stałym objawem pewnej odmiany trądu (*lepra anaesthaetica*), towarzyszy zawsze poźniejszym okresom zgorzeli skóry (*gangraena cutis*) i t. d. Występuje ona wszędzie tam, gdzie drogi czuciowe ośrodkowe lub obwodowe są w jakimkolwiek miejscu chorobowo zmienione, a wielkość ogniska chorobowego odpowiada wielkości obszaru znieczulonego. Bezczułość (*Anaesthaesia*) skóry całej *in toto* opisywana w przypadkach zmian patologicznych w mózgu, a mianowicie w okolicy tak zwanej uliczki czuciowej (*carrefour sensitif*) należy do największych rzadkości.

Wielu dermatologów, a między nimi także i pewna frakcya szkoły niemieckiej, zalicza do rzędu nerwic skórnych wiele jeszcze chorób innych, które szkoła wiedeńska uważa do dnia dzisiejszego bądź to za sprawy wypocinowe chro-

niczne, bądź też za sprawy nowotworowe skóry właściwej. Stanowisko to szkoły wiedeńskiej usprawiedliwia na razie w zupełności brak wszelkich pewnych wskazówek, świadczących na korzyść patogenezy neuropatycznej powyższych chorób, a czy w przyszłości wypadnie nam pomnożyć jeszcze dotychczasowy szereg chorób nerwowych skóry, pouczy nas patologia.




VERITAS
ABCD